



Παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να αποστείλετε την φόρμα μέσω Fax ή e-mail στην Γραμματεία του Συνεδρίου



Μιχαλακοπούλου 105, 11527 Αθήνα

Τηλ: 210 7711673, Fax: 210 7711289, E-mail: congress3@prctravel.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ):

Επώνυμο:		Όνομα:	
Ειδικότητα/Τίτλος:		Φορέας:	
Διεύθυνση:		Πόλη:	
E-mail:			
Κινητό/ Σταθερό :			

B. ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑΣ:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΚΟΣΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
Ειδικευμένοι Ιατροί	50 € ☐
Ειδικευόμενοι Ιατροί	30 € ☐
Τεχνολόγοι-Νοσηλεύτες	ΔΩΡΕΑΝ
Κλινικά Φροντιστήρια	ΔΩΡΕΑΝ

Στα ανωτέρω κόστη συμπεριλαμβάνεται ΦΠΑ

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

Για την εγγραφή στα Κλινικά Φροντιστήρια θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.

Δικαίωμα συμμετοχής έχουν οι εγγεγραμμένοι στην Διημερίδα .

Ακυρωτική Πολιτική

Μετά την εγγραφή στη Διημερίδα, καμία ακύρωση δεν θα γίνεται δεκτή και θα παρακρατείται το καταβληθέν ποσό εγγραφής.

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Συμμετοχή στο Επιστημονικό πρόγραμμα
- Πρόγραμμα –μπλόκ-στυλό
- Καφέ κατά την διάρκεια των διαλειμμάτων
- Ελαφρύ γεύμα
- Βεβαίωση Συμμετοχής

PRC Congress & Travel

Μιχαλακοπούλου 105., 115 27 Αθήνα

Tel. +30 210 7711673, Fax +30 210 7711289, Email: congress3@prctravel.gr





Γ.ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ:

Καμία εγγραφή / κράτηση δεν θεωρείται επιβεβαιωμένη χωρίς την πλήρη εξόφληση του ποσού.

1. Κατάθεση σε Τραπεζικό Λογαριασμό

Δηλώνω ότι κατέθεσα το ποσό των € στον ακόλουθο τραπεζικό λογαριασμό της εταιρείας PRC Congress & Travel, ως εξόφληση της εγγραφής, για την Διημερίδα Καρδιαγγειακής Απεικόνισης

Τράπεζα: ALPHA BANK

Δικαιούχος: ΙΟΡΔΑΝΗΣ ΧΑΛΥΒΙΔΗΣ & ΣΙΑ Ε.Ε.

Αριθμός Λογαριασμού: 130 00 2320001056

IBAN: GR 6001 4013 0013 0002 3200 01056

Swift Code: CRBAGRAAXX

Σημειώσεις:

- Παρακαλούμε όπως αναφέρετε το όνομα του καταθέτη στην αιτιολογία κατάθεσης.
- Τα έξοδα τραπεζής βαρύνουν εξ' ολοκλήρου τον καταθέτη.
- Μετά την κατάθεση παρακαλούμε να μας αποστείλετε με fax ή e-mail το αποδεικτικό της τραπεζικής σας κατάθεσης.

2. Πληρωμή Με Πιστωτική Κάρτα

Αποδεκτές Πιστωτικές/Χρεωστικές Κάρτες:



Εξουσιοδοτώ την εταιρεία PRC Congress & Travel να χρεώσει άμεσα την πιστωτική μου κάρτα, με το ποσό των € ως εξόφληση της εγγραφής μου, για την Διημερίδα Καρδιαγγειακής Απεικόνισης

Στοιχεία Πιστωτικής Κάρτας

Visa:

☐

Mastercard:

☐

Ονοματεπώνυμο κατόχου:

Αριθμός κάρτας:

Ημερομηνία λήξης:

3ψήφιος κωδικός CVV :

(αναγράφεται στην πίσω όψη της κάρτας)

PRC Congress & Travel

Μιχαλακοπούλου 105., 115 27 Αθήνα

Tel. +30 210 7711673, Fax +30 210 7711289, Email: congress3@prctravel.gr





ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

20-21 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2018

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ROYAL OLYMPIC ΑΘΗΝΑ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ:



Σημειώσεις:

- Παρακαλούμε να επισυνάψετε το αντίγραφο της πιστωτικής κάρτας σας (και τις δύο όψεις).
- Σε περίπτωση πληρωμής μέσω πιστωτικής/χρεωστικής κάρτας, θα υπάρχει επιβάρυνση 3% ως τραπεζική προμήθεια στο συνολικό ποσό.
- Καμία εγγραφή / κράτηση δεν θεωρείται επιβεβαιωμένη χωρίς την πλήρη εξόφληση του ποσού.

Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση της διαδικασίας εγγραφής για την Διημερίδα Καρδιαγγειακής Απεικόνισης καθώς και των όρων που ισχύουν για την ακυρωτική πολιτική, τους οποίους και αποδέχομαι χωρίς καμία επιφύλαξη.

Ημερομηνία: / /

Υπογραφή:

PRC Congress & Travel
Μιχαλακοπούλου 105., 115 27 Αθήνα
Tel. +30 210 7711673, Fax +30 210 7711289, Email: congress3@prctravel.gr

**PRC**
Congress & Travel
...helping to distribute knowledge